**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**CYCLE PRÉPARATOIRE 2023-2024**

Coller une photo

🞎 Madame 🞎 Monsieur

**NOM** : NOM de jeune fille :

**Prénom**

Date de naissance : Ville de naissance :

**Coordonnées Personnelles**

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Portable :

Courriel personnel indispensable :

**Coordonnées Professionnelles**

Nom de l’établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Service :

**Diplôme professionnel**

Intitulé : Date d’obtention :

**Fonction exercée :**

🞎 Faisant Fonction Cadre 🞎Faisant Fonction Formateur 🞎Autres :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Filière infirmière** | **Filière médico-technique** | **Filière rééducation** |
| 🞎 Infirmier  🞎 Infirmier anesthésiste  🞎 Infirmier bloc opératoire  🞎 Infirmière puéricultrice | 🞎 Manipulateur en électroradiologie médicale  🞎 Préparateur en Pharmacie hospitalière  🞎 Technicien de laboratoire médical | 🞎 Diététicien  🞎 Ergothérapeute  🞎 Masseur Kinésithérapeute  🞎 Psychomotricien |

**Lieu de formation : Tour Marcel Brot - 1er Etage - 1 Rue Joseph Cugnot – 54000 NANCY**

**ATTESTATION**

**PRISE en CHARGE FINANCIÈRE**

**CYCLE PRÉPARATOIRE**

**aux ÉPREUVES de SÉLECTION d’ENTRÉE A L’IFCS  
2023 – 2024**

Je soussigné, *(NOM-Prénom)*

**Directeur de l’Établissement** **employeur du stagiaire** :

**Etablissement :**

**Adresse :**

**Code postal : Ville :**

**certifie la prise en charge financière** **de l’agent** :

**NOM** :

**Prénom** :

Le coût de cette formation est fixé à **2000 €** pour 20 journées de formation selon les échéances suivantes : 1000 € au 31/12/2023 et 1000 € en fin de cycle.

La formation se déroule à la **Tour Marcel Brot - 1 Rue Joseph Cugnot - NANCY**

Fait à : Le :

**Cachet et** **Signature :**

**En cas d’autofinancement**

**Adresse du destinataire de la facture** :

**NOM :**

Prénom :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Fait à : Le :

**Signature du financeur** :